



**Faxformular - Terminanfrage**

Hiermit bitten wir um Vorstellung unseres Patienten in folgendem Bereich:

- allg. Dermatologie (an 0201 723-5405)
- Hauttumorzentrum (an 0201 723-5442)
- Privatambulanz (an 0201 723-5479)
- Wundambulanz (an 0201 723-5390)
- Familiäre Hauttumore (an 0201 723-947-6759)

Erstvorstellung	Wiedervorstellung	Kassenpatient
<b>Patientendaten</b>		<b>Privatpatient</b>
Name, Vorname:	_____	<b>Patientenaufkleber</b>
Geburtsdatum:	_____	
Anschrift:	_____	
Telefon:	_____	
Fax:	_____	
E-Mail:	_____	

**Verdachtsdiagnose**

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen/ Dringlichkeit**

\_\_\_\_\_

Praxisdaten	Praxisstempel
Praxis : _____	<b>Praxisstempel</b>
Anschrift: _____	
Telefon: _____	
Fax: _____	
E-Mail: _____	

**Terminbestätigung an:**                  Patient                  Praxis